

Hvordan skape sammenhengende pasientforløp for utskrivningsklare pasienter?

Michael 2026; 23: 223–237

doi: 10.5617/michael.13587

Formål: *Undersøke hvordan kommuner erfarte samarbeidet med sykehus om utskrivningsklare pasienter og identifisere løsninger som bedret samarbeidet.*

Materiale og metode: *Individuelle rapporter fra feltarbeidet til 54 siste års medisinstudenter ved NTNU som hadde praksis i 23 kommuner i Midt-Norge høsten 2024. De intervjuet 108 helsepersonell, hvorav halvparten fastleger, og de observerte og deltok i møter og klinisk arbeid. Studentenes tallmateriale er supplert med offentlig statistikk. Det kvalitative materialet er analysert ved å identifisere tema relatert til formålet.*

Resultat: *Det kvalitative materialet viste svakheter ved dagens praksis, som ulik definisjon av utskrivningsklare pasienter, skjev maktfordeling ved utskriving og mangelfullt samarbeid. Samtidig viste materialet eksempler på vellykkede løsninger, som sykepleierledet utskriving, pasientsentrert tilnærming, utskrivinger med tid til samarbeid og helse- og omsorgsteam. Materialet indikerte at perifere kommuner tok imot en langt større andel utskrivningsklare pasienter direkte hjem enn sentrale kommuner, og at sentrale kommuner har større andel overliggerdøgn.*

Konklusjon: *Funnene i studentenes feltarbeid om svakheter ved dagens praksis samsvarte med evalueringer av samhandlingsreformen. Overliggerdøgn er en utfordring for større kommuner, og fordi de kan føre til mer oppstykkede forløp, bør startpunkt for betalingsplikten revurderes. Videre forskning bør undersøke hvorfor perifere kommuner tar imot flere pasienter direkte hjem etter utskriving enn sentrale kommuner.*

Det er 15 år siden samhandlingsreformen ble lansert med en egen forskrift om utskrivningsklare pasienter (1). Myndighetene anser at det fortsatt er «for dårlig sammenheng mellom tjenestene», senest påpekt i *Nasjonal helse-*

og *samhandlingsplan 2024–2027*. Ett av målene i planen er «mer sammenhengende pasientforløp for utskrivningsklare pasienter» (2).

Utskrivningsklare pasienter er, ifølge forskriften, pasienter som spesialisthelsetjenesten mener er avklart i spesialisthelsetjenesten, og som har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter sykehusoppholdet (1). Det er omtrent 520 000 innleggelser for døgnopphold i sykehus per år. I 2022 ble 94 000 personer meldt utskrivningsklare. Kommunene tar imot 85 % av utskrivningsklare pasienter samme dag. Den resterende andelen utgjør såkalte overliggerdøgn, og av disse får tre av fire etter hvert en midlertidig korttids plass i kommunen (3). Kommunen må betale sykehuset for overliggerdøgn (1). Det er kjent at sentralitet, som reisetid til servicefunksjoner og kommunestørrelse, har betydning for antall overliggerdøgn (3). Små utkantkommuner har relativt sett færre overliggerdøgn enn store og sentrale kommuner (4). Omtrent to tredjedeler av kommunene, halvparten av de små og nesten alle de store kommunene har etablert såkalte tildelingskontor i kommunene til å ta imot utskrivningsklare pasienter (5).

Samhandlingsreformen la vekt på at kommuner og sykehus i samarbeid skulle tilby helhetlige og integrerte tjenester *før* og *etter* sykehusopphold (6). Allerede i oppstartsfasen ble det klart at kommuner og sykehus hadde ulik oppfatning av konseptet pasientforløp (7). Spesialisthelsetjenesten tolket forløp som standardisering og bedre koordinering av de hyppigste innleggesdiagnosene, mens helsepersonell i kommunene ikke gjenkjente pasienter med bare én diagnose (7–9).

Forskning som fulgte innføringen av samhandlingsreformen og innføringen av forskriften, rapporterte om manglende likeverd mellom kommuner og sykehus og faglige inkongruenser (10–12). Det ble også pekt på mangler i informasjonsformidlingen og digital støtte (13). Vi har ikke funnet studier som har sett på hvordan samarbeidet har utviklet seg de siste årene.

Hensikten med denne studien var derfor å undersøke hvordan samarbeidet mellom sykehus og kommuner har utviklet seg ved å undersøke følgende problemstillinger:

1. Hvordan erfarer kommunene samarbeidet med sykehus om utskrivningsklare pasienter?
2. Hvilke løsninger er tatt i bruk for å bedre samarbeidet?

Materiale og metode

Individuelle rapporter fra feltarbeidet til 54 siste års medisinstudenter ved NTNU som hadde primærmedisinsk praksis i 23 kommuner i Midt-Norge høsten 2024, ble supplert med offentlig statistikk.

Kontekst

I siste studieår skriver medisinstudenter ved NTNU en samfunnsmedisinsk oppgave under sin seks ukers praksisperiode i primærhelsetjenesten. Kullet deles i grupper som får tildelt ulike oppgaver med forskjellig tema fra år til år (14). Fra 2012 har det vært et krav at den samfunnsmedisinske oppgaven skal ha en tredelt oppbygning, lignende et kommunalt saksdokument. I første delen beskrives bakgrunnsopplysninger med vekt på de krav som kommunene må forholde seg til (aktuelle nasjonale regelverk, faglige retningslinjer, mm.). Del to er en utredning av hva som er nå-situasjonen i kommunen. Denne delen bygger på funn fra studentens datainnsamling. I del tre skal studenten formulere anbefalinger til vedtak for kommunestyret.

Høsten 2024 var en av de samfunnsmedisinske oppgavene å skrive om kommunenes erfaring med utskrivningsklare pasienter. Førsteforfatter hadde en times forelesning for studentene før utplasseringen. Forelesingen omhandlet politiske føringer og regelverk samt forskning og utvikling på feltet.

Datagrunnlaget fra en tilsvarende oppgave som ble gitt i 2012, året etter at samhandlingsreformen startet, er publisert i *Sykepleien forskning* (15).

Datamateriale

Studentene fikk i oppdrag å intervju fastlege og minst én person med relevant rolle i mottak av utskrivningsklare pasienter innenfor helse og omsorg i kommunen. I forslaget til intervjuguide inngikk rutiner og roller knyttet til utskrivningsklare pasienter, informasjonsdeling, organisering og samarbeid i utskrivningsforløpet. Den enkelte student tok notater fra intervjuene.

Rapportene viser at studentene skaffet seg bakgrunnskunnskap om nasjonalt regelverk, utredninger og offentlige dokumenter. Empiri fra deltakende observasjon og intervju ble supplert med informasjon fra kommunale saksdokumenter. Studentenes anbefalinger er ikke inkludert i denne studien.

I tillegg til studentrapportene har vi brukt opplysninger om kommunene fra offentlig kilder (Statistisk sentralbyrå og Helsedirektoratet) for innbyggertall, sentralitet, antall utskrivinger og overliggerdøgn på kommunalt nivå, jf. tabell 1.

Etikk

Rapportene inneholder ingen personopplysninger hverken om individuelle innbyggere eller informanter i kommunene. Vi navngir heller ikke hvilken kommune de enkelte opplysningene kommer fra. Medisinstudentene som er utplassert i kommunene er underlagt taushetsplikten til helsepersonell. Når det gjelder personopplysninger om studentene, som er nødvendige for

forvaltningen av de innleverte rapportene, har vi forholdt oss til universitets- og høyskoleloven § 2-8 (16).

Studentene ble orientert om planer om å bruke oppgavene som grunnlag for en studie. Det ble poengtert at identifiserende opplysninger som navn på student, kommuner og sykehus ikke ville bli publisert.

Analyse

Førsteforfatter hadde flere gjennomlesinger og kodemarkeringer i studentrapportene. Analyser og funn er drøftet i forfattergruppa.

Først ble opplysningene fra studentenes oppgaver, supplert med offentlig statistikk, lagt i regneark med student ID, kommune ID/innbyggertall/sentralitet, andel utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn, utskriving direkte hjem og kolonner for tekstlig informasjon fra studentenes oppgaver.

Deretter ble tekstanalysen gjort med utgangspunkt i ad hoc-analysen etter Kvale & Brinkmann (17), som er en fleksibel, iterativ tilnærming til kvalitative data, hvor forskeren selv utvikler koder og temaer underveis, i takt med materialets innhold og forskningsspørsmålet.

Overordnet ble analysen gjort ved å dele kommunenes erfaringer og synspunkt i utfordringer og gode erfaringer. Innenfor disse temaene, ble funnene sortert i to undertema. Det første var utfordringer i uforutsigbarhet ved utskriving og årsaker til overliggerdøgn. Det andre var gode erfaringer i variasjoner i mottak og vellykkede løsninger.

Resultater

Alle medisinstudentene hadde intervjuet en fastlege. Flertallet av de øvrige informantene var ansatt i kommunal koordineringsenhet, og få var ledere i helse- og omsorgstjenester. Om lag halvparten av studentene hadde informasjon fra ledermøter i kommunen eller fra tverrfaglige team.

Tabell 1 gir bakgrunnsdata om kommunene. Studentenes opplysninger som er gjengitt i kolonnen «Direkte hjem %» brukes sammen med offentlig statistikk, som her er brutt ned på kommunenivå. Andel Tidsbegrenset opphold er utledet fra andel Direkte hjem. Vi har valgt å rubrisere kommunene etter sentralitet, gradert etter SSB sitt sentralitetsmål (3). Tre kommuner tilhører gruppe 2–3 (mest sentrale) og 14 kommuner gruppe 5–6 (mest perifere). Meldte utskrivningsklare pasienter og overliggerdøgn bygger på data fra Helsedirektoratet (4). Tabellen viser at overliggerdøgn per tusen innbyggere reduseres med økende avstand til sentrale strøk. Videre er det verdt å merke seg at de mest perifere kommunene tok imot en langt større andel utskrivinger direkte hjem, sammenlignet med de mest sentrale kommunene.

Tabell 1 Bakgrunnsdata om kommunene som inngår i studien

Sentralitets- gruppe*	Antall kom- muner	Antall inn- byggere*	Meldte utskrivning- sklare pasienter per uke [#]	Overligger- døgn per 1000 innb [#]	Tids- begrenset opphold %	Direkte hjem %
2–3 Mest sentrale	3	17000– 215000	20–40	58	35–50	50–65
4	6	6000– 33000	15–30	48	30–40	60–70
5–6 Mest perifere	14	800– 10500	0–15	34	5–30	70–95

* hentet fra SSB

[#] bygger på data fra Helsedirektoratet

Utskrivingsopplegget oppleves uforutsigbart

Studentene oppgir at kommunene i hovedsak får beskjed om antatt utskrivningsdato og videre behov allerede ved innleggelse av pasienten. Samtidig opplever mange kommuner at det kan skje vesentlige endringer uten at de blir informert, og at beskjeden om utskrivning kan komme som en overraskelse.

Flere kommuner etterlyser en tydeligere definisjon av utskrivningsklare pasienter. De opplever ulik praksis mellom sykehusene i vurdering av når en pasienten blir regnet som utskrivningsklar. Kommunene opplever også variasjoner i praksis ut fra hvilken ukedag det er. Årstidsvariasjoner og hvilke leger som var på vakt, spiller også inn. Et annet moment er at informantene mener utskrivningsklare pasienter nå er «dårligere» og «mer krevende medisinsk» enn tidligere. Kommunene hevder i tillegg at det kan skrives ut pasienter hvor det er forventninger til kompetanse som ansatte i kommunen ikke har.

Forskriften har gitt sykehuset definisjonsmakten, og ifølge kommunene hemmes samarbeidet av den umiddelbare betalingsplikten. Informasjon og samarbeid med sykehuset *før* meldingen kommer, er det mest konsistente ønsket som blir rapportert fra kommunene.

Rapportene gir flere eksempler på faglig inkongruens mellom avsender og mottaker. Det er leger som skriver ut pasientene, mens majoriteten av mottakerne i kommunene er sykepleiere i hjemmetjenesten. Fastlegen blir bare unntaksvis involvert ved utskrivning ifølge rapportene. Epikrisen, som

legene skriver, handler mest om den medisinske behandlingen frem til utskrivningen. Epikrisene kan mangle relevante detaljer om hva som bør skje videre ut over standardformuleringer som «kontroll hos fastlegen». Sykepleierne i kommunen ønsker at informasjonen som følger med utskrivningen, kan hjelpe dem i å planlegge oppfølgingen av pasienten. Her vil vi tilføye at noen studentrapporter kommenterer dette med å nevne at de under sin utplassering på sykehus året i forveien opplevde at legene der mente det ikke var deres jobb å gi råd til kommunen.

«Hvordan kan vi vite hva kommunene har behov for og hva de kan tilby?»

Videre forteller kommunene at de har erfart flere former for avvik ved utskrivning. Det kan være at epikrisen mangler, feil og/eller mangler i legemiddellisten og manglende beskrivelse av hva en pasient evner – fysisk og mentalt. Selv om det finns avtalte system for avviksmeldinger, erfarte studentene at kommunen ofte ikke meldte avvik til sykehuset. Grunnen var at det ikke førte til endringer, sett fra kommunenes perspektiv. En kommuneoverlege sa:

«Bare alvorlige avvik meldes. Kommunen må prioritere hva vi skal klage på. Ansvaret for forbedring i sykehusene ligger hierarkisk til ledelsen. Vi får ingen orientering hva som blir bestemt. Når det heller ikke blir noen endring, fungerer ikke topp-ned styringen etter hensikten. Det virker negativt på samarbeidet.»

Årsaker til overliggerdøgn

Ifølge studentrapportene kommer melding om utskrivningsklare pasienter ofte mot slutten av eller etter ordinær arbeidstid. Sykehusets avgjørelse om når pasienten er utskrivningsklar, skjer ifølge informantene i samband med formiddagsvisitten. Arbeidet med å gi kommunen beskjed skjer i ettertid.

«Vi får det ikke til når pasienten meldes utskrivningsklar mot slutten av en arbeidsdag og ankommer først etter arbeidstid.»

Når beskjeden kommer på slutten av dagen, som i sitatet over, hender det at kommunen av praktiske årsaker velger å ikke ta imot pasienten samme dag. Kommunen pådrar seg dermed bevisst et overliggerdøgn. Alternativt måtte de ha organisert et hastemottak på kveldstid, noe som ikke alltid er mulig eller ønskelig.

I tillegg til sen varsling oppga kommunene et vesentlig funksjonsfall hos pasienten som en viktig årsak til overliggerdøgn. Eksempelene i studentrapportene var pasienter med tilstander som lårhalsbrudd og slag, samt utskrivning av pasienter som var ukjent for kommunen, fordi de ikke tidligere

hadde mottatt kommunale tjenester. Både funksjonsfall og ukjent pasient krever organisering av et nytt tilbud.

En annen beskrevet årsak til overliggerdøgn er at sykehuset samtidig med meldingen om utskrivning også melder behov for institusjonsplass. Ifølge rapportene kan mottaker i kommunen være uenig i behovet. Utsettelse til neste dag (et overliggerdøgn) gir åpning for å kunne ta imot pasienten direkte hjem.

Det kommer også fram i intervjuene at flere kommuner opplever knapphet på korttidsplasser i perioder, og dermed ikke mulighet for å tilby institusjonsplass med en gang.

Informantene i kommunene forteller at hvis de hadde blitt informert underveis i sykehusoppholdet, kunne de tilrettelagt for å ta imot flere pasienter direkte hjem. De hevder at utskrivning hjem noen ganger er pasientens ønske, men uten at pasienten er blitt rådspurt om det på sykehuset.

Det er kun i rapportene fra større kommuner (> 10 000 innbyggere) at utskrivning av pasienter innen psykisk helsevern omtales. Disse kommunene erfarer at det kan ta lang tid å etablere bærekraftige tilbud innen psykisk helsevern, som for eksempel bofellesskap og skjermet tilbud til «vandrende demente».

«De er gjerne for friske til å kvalifisere for langtidsplass i sykehjem.»

Denne gruppen pasienter kan dermed få mange overliggerdøgn eller de kan få tilbud i kommunale korttidsplasser, men blokkerer da for andre fordi de blir der lenge.

Kommunenes forslag i de to temaene ovenfor, om uforutsigbarhet og årsaker, kan oppsummeres med et ønske om en sykepleiefaglig del i UKP-meldingen og samarbeid og informasjon underveis i sykehusoppholdet. Det mener informantene kan:

- øke mottak direkte hjem
- hindre/ redusere antall overliggerdøgn
- gi mulighet til å forberede institusjonsplass

Stor variasjon i løsninger av mottak

Studentrapportene gir et bilde av at alle de store kommunene og flertallet av de mindre har et tildelingskontor (bestiller–utfører-modell). Men det er stor variasjon i hvordan de blir brukt. Flere mindre kommuner fortalte at de har avtale med sykehuset om å varsle utskrivningsklare pasienter direkte til tjenesten som pasienten har hatt tidligere. Tildelingskontoret blir bare

kontaktet når sykehuset mener det er behov for et nytt opplegg, eller når pasienten er ny.

De store og noen mindre kommuner hadde derimot avtale med sykehuset om at alle meldinger som gjelder utskrivningsklare pasienter, skal gå til tildelingskontoret. I slike kommuner er tildelingskontoret kjennetegnet av å ha en portvokterfunksjon. En helseleder sa følgende:

«Koordineringsorganisasjonen er stor. Det blir mye byråkrati som krever ressurser. Byråkratiet skaper stor avstand mellom beslutningstakere og de som står for pasientbehandlingen.»

Seks kommuner i vårt materiale, alle med tildelingskontor, hadde tatt i bruk Helseplattformen (det nye journalsystemet i Midt-Norge for både sykehus og primærhelsetjenesten). Informanter i disse kommunene fortalte at det var blitt enklere å følge med på hva som skjer med pasienten på sykehuset. Systemet krevde imidlertid at sykepleier måtte bruke tid på å sile ut relevant informasjon for mottak. Dette la stort beslag på sykepleierkapasiteten. En kommune hadde beregnet at de brukte om lag én stilling for å avklare situasjonen for 20 utskrivningsklare pasienter per uke. Det var også en utfordring at opplysningene i sykehusjournalen var av begrenset nytte for hva kommunene trengte. De som ble intervjuet opplevde at elektroniske meldinger og telefonkontakt fortsatt kan være nødvendig.

Vellykkede løsninger for utskrivningsklare pasienter

Det var mulig å identifisere flere eksempler på vellykkede løsninger som følge av samarbeid mellom kommuner og sykehus, tettere samarbeid mellom kommuner og samarbeid internt i kommunen (tabell 2).

Det var gjennomgående i studentrapportene at mange av de etablerte løsningene som ble oppfattet som vellykkede, skjedde i samarbeid mellom nabokommuner. Eksempler på dette var felles oppsøkende tverrfaglige kartleggingsteam og deling av lokale korttidsplasser i egne sykehjem (tabell 2, punkt Ib, Ic og Id). En konsekvens av slikt samarbeid var at de i sum fikk økt kapasitet på korttidsplasser og flere mottak direkte hjem. Noen kommuner hadde av den grunn sagt opp plasser i interkommunal akutt døgnettenhet (KAD)/øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD).

Tabell 2. Vellykkede løsninger for bedre samarbeid om utskrivningsklare pasienter

Område	Løsning
Organisatorisk (I)	a. Opprette/understøtte et alternativt forløp til den akuttmedisinske kjeden b. Fase ut interkommunal akutt døgnenhet (KAD)/øyeblikkelig hjelp døgntilbud (ØHD) til fordel for oppretting av eget eller interkommunalt ambulerende helse- og omsorgsteam c. Gjensidig tilgang til lokale korttidsplasser i samarbeidskommuner d. Sykepleierledet utskrivning med direkte kommunikasjonslinje mellom primærkontakt/koordinerende sykepleier i sykehusavdeling og kommune e. Bbetaling for overliggerdøgn starter første arbeidsdag etter at melding utskrivningsklare pasienter er mottatt
Helsefaglige tiltak (II)	a. Informasjon og rådgivning/et sjekkpunkt underveis i sykehusoppholdet b. Påbegynt tverrfaglig planlegging før utskrivningsdag, omtalt som «forsterket utskrivning» c. Funksjonsbeskrivelse og påbegynt behandlingsplan utsendes sammen med melding om utskrivningsklar pasient. d. Kommunen sørger for navngitt primærkontakt som sammen med pasient/pårørende utgjør kjerneteamet lokalt med ansvar for kontinuitet og tjenestekoordinerings e. Personsentrert kartlegging/rehabilitering fra første dag etter utskrivning f. Inkludere fastlegen i varslingen om innleggelse og utskrivning fra sykehus
Samarbeid for innleggelse (III)	a. Når pasient er kjent/mottar kommunale tjenester – kunne rådspørre/involvere spesialisthelsetjenesten før innleggelse b. Ved tidlig reinnleggelse kontakt med kontaktsykepleier sykehus før innleggelse

Samarbeid i helsefellesskap ble nevnt som en annen årsak til nye vellykkede løsninger. Disse løsningene handlet om ordninger for kommunikasjon og utskrivningsplanlegging, gjerne kombinert med et ukentlig tverrfaglig møte med kommunene om inneliggende pasienter som var forventet å bli meldt utskrivningsklare (tabell 2, punkt IIb, IIc, og IIe). Slike møter ble omtalt i positive ordelag og som lærerike.

En kommune rapporterte at sykehuset i samarbeid med flere kommuner i nedslagsfeltet har videreført konseptet Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH) til også å gjelde utskrivningsklare pasienter. Det ble beskrevet en *halvering av overliggerdøgn* som følge av dette. Samme helsefellesskap har utformet en plan for hvordan de tverrfaglig vil prøve ut tiltak for å forebygge innleggelser av skrøpelige eldre.

Diskusjon

Det ble beskrevet svakheter ved dagens praksis, som ulik definisjon av utskrivningsklare pasienter, skjev maktfordeling ved utskrivning og mangelfullt samarbeid. Eksempler på vellykkede løsninger omfattet sykepleierledet utskrivning, pasientsentrert tilnærming og utskrivninger med tid til samarbeid og helse- og omsorgsteam. Tallmaterialet indikerte at perifere kommuner tok imot langt større andel utskrivningsklare pasienter direkte hjem, i motsetning til sentrale kommuner og at sentrale kommuner har større andel overliggerdøgn.

Det var et unisont ønske fra kommunene om *kontaktpunkt underveis* i sykehusoppholdet. De ønsket informasjon om pasientens utvikling og oppstart av et samarbeid om utskrivningen. Dette synes å gjenspeile et behov som har utviklet seg, eller blitt tydeligere de senere årene. Vi kan ikke se at et ønske om kontaktpunkt underveis er uttrykt i evalueringer fra samhandlingsreformen (15, 17). Teamsamarbeid med støtte i en meldingsplattform der sykehus, primærhelsetjenesten og pårørende deltar underveis, kan redusere utskrivningsarbeidet og gi færre reinnleggelser (18, 19).

Samtidig med det nye ønsket om kontaktpunkt underveis mente kommunene at samarbeidet ved utskrivning kunne bli bedre. Det er tydelig at samhandlingsreformens mål om bedre rutiner bare delvis kan ha lyktes (2). Bruk av meldingsplattform, som nevnt over, kan være en mulig løsning. Et annet aktuelt tiltak, som er lovregulert i Sverige og Danmark, er å gi *tid til å forberede utskrivning* (20, 21). Funnet om den faglig inkongruensen er noe andre har beskrevet som møter mellom to ulike verdener (8). Det er gjerne sykepleier i kommunen som tar imot pasienten etter utskrivning, og kommunene uttrykte ønsker om å få praktisk informasjon som kan være til hjelp i oppfølging av pasienten. Her ville rutiner om kontakt mellom sykepleier på sykehus og sykepleier i primærhelsetjenesten være nyttig for å sikre *faglig kongruens* i samarbeid om utskrivning. I England og Nederland har de løst dette ved at sykehus rekrutterer og ansetter erfarne sykepleiere fra hjemmetjenesten, og disse sykepleierne (kalt «liaison nurse») får i oppgave å koordinere utskrivning til primærhelsetjenesten (22).

Behovene for kontaktpunkt underveis, tid til å forberede utskrivning og faglig kongruens, som er diskutert over (tabell 2), synes å være dekket i kommuner med gode løsninger, og *kommunikasjon* trer fram som en felles kjerne i de vellykkede løsningene (23).

Sykepleierledet utskrivning (jf. tabell 2, punkt Id) bidrar til den faglige kongruensen nevnt over. I et slikt samarbeid ligger en gjensidig kompetanseoverføring. Internasjonale erfaringer tilsier at samarbeid ved utskrivning fungerer best når det er ledet av sykepleiere (24).

Kommunene rapporterer om positive erfaringer når sykehus gir rom og tid til å forberede utskrivning. De mener dette har bidratt til kortere liggetid, reduksjon i overliggerdøgn og flere utskrivinger direkte hjem (jf. tabell 2, punkt IIa, IIb, og IIc). Et eksempel på vellykket løsning med rapportert halvering av overliggerdøgn er sykehuset som sammen med flere kommuner i nedslagsfeltet hadde videreført konseptet Helhetlige pasientforløp i hjemmet (7) til også å gjelde utskrivningsklare pasienter. De kommunale erfaringene støttes av internasjonale studier som viser gode resultater når personale fra sykehus deltar i oppfølging etter hjemkomst; liggetiden reduseres betraktelig (25) og dødeligheten halveres (26).

Nasjonale mål og muligheter

Tabell 1 med bakgrunnsdata viser betydningen av sentralitet. Her tydeliggjøres variasjoner mellom kommuner, som kan bli skjult i oversikter på nasjonalt nivå.

For utskrivning direkte hjem er det i vårt materiale store forskjeller basert på sentralitet. De mest perifere kommunene, som også er små, tar imot 70–95 % direkte hjem versus de mest sentrale som tar imot 50–65 % direkte hjem. Dette indikerer store variasjoner mellom kommuner når det gjelder sammenhengende pasientforløp. Pasienter i sentrale kommuner har dermed større sjanse for å få oppstykkede forløp med tidsbegrensede opphold. For å motvirke oppstykkede forløp, jf. mål i Nasjonal helse og samhandlingsplan 2024–2027, foreslår noen av informantene å fase ut interkommunale døgnenheter (KAD/ØHD) og heller satse på kommunale eller interkommunale helse- og omsorgsteam (jf. tabell 2).

Overliggerdøgn er også en større belastning i sentrale kommuner enn i de perifere (jf. tabell 1). Kommunene forsøker å unngå den økonomiske belastningen med overliggerdøgn, noe som ofte innebærer en hastig utskrivning med press på personalet både på sykehus og i kommunen. Bærekraften i vellykkede løsninger ligger blant annet i å gi tid til å forberede utskrivning, som diskutert over. For å kunne legge til rette for god utskrivningspraksis, må forskriften endres. Bøter for overliggerdøgn bør ikke starte samme dag som meldingen sendes, jf. praksis i Sverige og Danmark (20, 21).

Sykepleierledet utskrivning framstår som en vellykket løsning i vårt materiale, med positive gevinster, som diskutert over. En grunn er trolig større likeverd mellom utskriver og mottaker. Under samhandlingsreformen var likeverd mellom kommuner og sykehus et mål, men det viste seg å være vanskelig å oppnå likeverd på klinisk nivå (7).

I alt kavet med å vurdere og planlegge organisatoriske og faglige løsninger for utskrivningsklare pasienter, kan det være lett å overse den det gjelder,

pasienten. Våre informanter hevder at sykehuset ikke spør pasientene om hva som er best for dem i forbindelse med utskrivning. Nasjonal helse- og samhandlingsplan 2024–2027 bruker termen pasientsentrert. Da er det nærliggende å tenke samvalg og spørsmålet «Hva er viktig for deg?» (27), også ved utskrivning. Pasientsentrering handler om tillit, likeverd og kontinuitet i samarbeidet med pasienten gjennom hele pasientforløpet. Enkelte fagmiljøer har lykket med å lage individualiserte forløp som bygger på pasientsentrert tilnærming. Flersektorielle team med utvalgte fagpersoner fra spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten lager oppfølgingsplan sammen med pasient/pårørende og følger opp pasienten i kommunen. Planen blir individuelt tilpasset og kan endres over tid (26).

Styrker og svakheter med undersøkelsen

Vi har et bekvemmelighetsutvalg med informanter fra 23 kommuner i Midt-Norge. Kommunene er valgt ut fra at de ga praksisplass til 54 siste års medisinstudenter høsten 2024. Datagrunnlaget er likevel rikt, og funnene sett sammen med annen forskning indikerer at resultatene er gyldige også utenfor de inkluderte kommunene. Studentene hadde solid basiskompetanse i observasjon og samtale ervervet gjennom medisinstudiet, men har lite trening i å omsette dette til denne typen rapporter. Derfor kan datagrunnlaget ha mindre dybde og bredde enn om det var samlet inn av erfarne forskere. Validiteten er, til tross for dette, styrket ved at vesentlige funn har støtte i annen empiri.

Konklusjon

Funn i studien peker på flere forhold som kan støtte opp om sammenhengende pasientforløp: fase ut KAD/ØHD til fordel for kommunale eller interkommunale helse- og omsorgsteam; utsette fristen for å botelegge overliggerdøgn, for å gi sykehus og kommune mulighet til sammen med pasient/pårørende å legge/starte oppfølgingsplan for pasienten; sykepleierledet utskrivning for å sikre likeverd og faglig kongruens mellom utskriver og mottakende sykepleier i kommunen, og sist, men ikke minst; individualiserte forløp som bygger på pasientsentrerte tilnærminger. Utskrivning er bare ett ledd i pasientforløpet. For å skape bærekraft over tid i pasientforløp kreves likeverdig kommunikasjon og samarbeid gjennom flere kontaktpunkt i forløpet.

Litteratur

1. Helse og omsorgsdepartementet. Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter. Oslo: Lovdata; 2012.
2. Meld. St. 9 (2023–2024) *Nasjonal helse- og samhandlingsplan Vår felles helsetjeneste*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2024.
3. Helsedirektoratet. Utskrivningsklare pasienter – utvikling og variasjon i spesialisthelsetjenesten og forløp etter utskrivning. Oslo: Helsedirektoratet; 2024. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utskrivningsklare-pasienter--utvikling-og-variasjon-i-spesialisthelsetjenesten-og-forlop-etter-utskrivning> (15. april 2026)
4. Helsedirektoratet. *Utskrivningsklare pasienter (somatikk), bostedskommune*. Oslo: Helsedirektoratet; 2023. <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/samdata-spesialisthelsetjenesten/utskrivningsklare-pasienter-somatikk-bostedskommune> (15. april 2026)
5. Burrell LV, Skinner MS, Rostad HM. Tildelingskontor i norske kommuner: utbredelse og sammenheng med kommunale kjennetegn. *Tidsskrift for omsorgsforskning*. 2025; 11: 1–12. <https://doi.org/10.18261/tfo.11.1.8>
6. St.meld. nr. 47 (2008–2009) Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2009. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-47-2008-2009-/id567201/>
7. Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A et al. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2013; 13: 121. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-13-121>
8. Rødal J, Frisvoll I, Hungnes T et al. *Sykehus og kommuners arbeid med utskrivningsklare pasienter—et møte mellom to verdener?* Rapport 2005. Molde: Møreforskning, 2020. <https://www.ks.no/contentassets/a02d2d38c1de488f8e61823abcb5118/Rapport-Sykehus-og-kommuners-arbeid-med-utskrivningsklare-pasienter.pdf> (15. april 2026)
9. Grimsø A, Løhre A, Røstad T et al. Disease-specific clinical pathways - are they feasible in primary care? A mixed-methods study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2018; 36: 152–160. <https://doi.org/10.1080/02813432.2018.1459167>
10. Håland E, Melby L. Individualisert standardisering? *Norsk sosiologisk tidsskrift* 2017;1: 380–398. <https://doi.org/10.18261/issn.2535-2512-2017-05-03>
11. Tønnessen S, Kassah B, Tingvoll W. Hjemmesykepleierne i denne studien opplever organisatorisk skjevfordeling av makt. *Sykepleien forskning* 2016; 11: 14–22. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56496>
12. Steihaug S, Johannessen A-K, Ådnanes M et al. Challenges in Achieving Collaboration in Clinical Practice: The Case of Norwegian Health Care. *International Journal of Integrated Care*. 2016. <https://doi.org/10.5334/ijic.2217>
13. Melby L, Helleør R, Lyngstad M et al. *Irrelevant, dårlig struktur og forsinket informasjon - en analyse av utfordringer knyttet til samhandling mellom sykehus og kommuner*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk; 2019. <https://cdforskning.no/cdf/catalog/book/71#chapters> (15. april 2026)
14. Vie GÅ. Studentundervisning i samfunnsmedisin ved NTNU. *Michael* 2018; 15: 315–322.
15. Grimsø A. Hvordan har kommunene løst utfordringen med utskrivningsklare pasienter? *Sykepleien Forskning* 2013; 8: 148–155. <https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2013.0053>

16. NTNU. *Retningslinje for behandling av personopplysninger ved NTNU* Trondheim, 2023. <https://www.ntnu.no/personopplysninger/#/> (15. april 2026)
17. Norges forskningsråd. *Forskningsbasert evaluering av Samhandlingsreformen (EVASAM)* Oslo: Forskningsrådet; 2014. <https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1254019340907.pdf> (15. april 2026)
18. Jensen LWH, Kold S, Dinesen B et al. Team-based digital communication reduced patient-initiated phone calls to the hospital and improved patient satisfaction after orthopedic surgery: a randomized controlled trial in 70 patients. *Acta Orthopaedica* 2024; 95: 225–232. <https://doi.org/10.2340/17453674.2024.40707>
19. Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S et al. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. *Health Affairs* 2014; 33: 1531–1539. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2014.0160>
20. Lag (2017:612) om samverkan vid utskrivning från sluten hälso- och sjukvård. Stockholm: Socialdepartementet; 2018. <https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2017612-om-samverkan-vid-utskrivning-fran-sfs-2017-612/> (15. april 2026)
21. *Bekendtgørelse om betalinger for færdigbehandlede patienter*. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2024. <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/a/2025/1801/pdf> (15. april 2026)
22. Tabanejad Z, Pazokian M, Ebadi A. A Systematic Review of the Liaison Nurse Role on Patient's Outcomes after Intensive Care Unit Discharge. *International Journal of CommunityBased Nursery and Midwifery* 2014; 2: 202–210. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4201211/> (15. april 2026)
23. Hellesø R, Lyngstad M, Brattheim B et al. Samhandling mellom sykeleiere i spesialist- og kommunehelsetjenesten før, under og etter samhandlingsreformen. I: Hellesø R, Olsen RM, red. *Digitalisering i sykepleietjenesten – en arbeidshverdag i endring*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk 2019. <https://doi.org/10.23865/noasp.71.ch8>
24. Ruksakulpiwat S, Pongsuwun K, Junphongsri P et al. Nurse-Led Interventions to Improve Health, Adherence, and Functional Outcomes in Adults and Older Adults With Multimorbidity: A Systematic Review of Randomized and Quasiexperimental Studies. *Journal of Nursing Management* 2025. <https://doi.org/10.1155/jonm/6252049>
25. Hernández C, Aibar J, Seijas N et al. Implementation of Home Hospitalization and Early Discharge as an Integrated Care Service: A Ten Years Pragmatic Assessment. *International Journal of Integrated Care* 2018; 18: 12. <https://doi.org/10.5334/ijic.3431>
26. Berntsen G, Hurley J, Dalbakk M et al. Person-centered, cross organizational and multiprofessional team halves mortality risk. The Patient Centered Care Team (PACT) Study – Preliminary results from a comparative effectiveness study. *International Journal of Integrated Care* 2017; 17: A478. <https://doi.org/10.5334/ijic.3798>
27. Lund J-Å, Hole T. Samval og den autonome pasienten- er konflikter underkommuniserte? *Michael* 2020; 17: 145–152. <https://www.michaeljournal.no/asset/pdf/1000/supplements/2020-24/Michael-2020-05-Suppl-24.pdf#> (15. april 2026)

Studien er finansiert gjennom forskernes respektive institusjonstilknytninger. Vi har ingen interessekonflikter.

Vi retter en stor takk til medisinstudentene som gjennom sitt engasjement og grundige arbeid har bidratt med verdifull empiri og innsikt til denne studien. Vi vil også takke alle informanter som stilte til intervju og delte av sin tid og erfaringer, samt alle som på ulike måter har bistått studentene i deres arbeid i kommunen.

Anders Grimsmo

anders.grimsmo@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

7491 Trondheim

Anders Grimsmo er professor emeritus i samfunnsmedisin

Audhild Løhre

audhild.lohre@ntnu.no

Institutt for lærerutdanning

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

7012 Trondheim

Audhild Løhre er professor emeritus i pedagogikk

Margrethe Svinvik

margrethe.svinvik@ks.no

KS – kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon

0114 Oslo

Margrethe Svinvik er prosjektleder for Gode pasientforløp i KS

Aslak Steinsbekk

aslak.steinsbekk@ntnu.no

Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU)

7491 Trondheim

Aslak Steinsbekk er professor i medisinske atferdsfag og helsetjenesteforskning og professor II ved Nasjonalt senter for e-helseforskning

Artikkelen er fagfellevurdert.